臺北醫學大學附設醫院員工資料卡

員工編號			到職日	____/____/____	二吋彩色脫帽光面照
任職部門			職稱		
姓名	（中文）		生日	____/____/____	
	（英文）		籍貫		

身分證字號		生理性別	□男性 □女性

戶籍地址	縣市 市鎮鄉區 村里 鄰 路街 段 巷弄 號之樓之
通訊地址	
聯絡電話	Tel： Cell：

最高學歷	學校		科系	
	學制	□國中 □高中/職 □專科 □學士 □碩士 □博士	畢業年月	____/____

經歷	服務機構		職稱		起訖日期
					____/____/____ ~ ____/____/____
					____/____/____ ~ ____/____/____
					____/____/____ ~ ____/____/____

專業證照	

學校教職	□無 □有(專任) □有(兼任)	部定教職職稱	□教授 □副教授 □助理教授 □講師 □助教
		教師證書字號	

緊急連絡人	姓名		關係		電話	
	地址					